**DIRECCIÓN QUIRÚRGICA**

**DIVISIÓN DE HOSPITALIZACIÓN**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO BAJO INFORMACION DE INGRESO HOSPITALARIO**

**Fecha y hora de elaboración:\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ \_\_\_\_:\_\_\_\_**

**Fecha de internamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ No. De Expediente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nombre del paciente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Sexo: Masculino\_\_\_ Femenino\_\_\_ Edad:\_\_\_\_\_\_ Especialidad:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

POR MEDIO DEL PRESENTE AUTORIZO AL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO DEL INSTITUTO NACIONAL DE REHABILITACION PARA QUE SE ME REALICEN LOS TRATAMIENTOS MEDICOS, QUIRURGICOS Y DE REHABILITACION, ASI COMO LA PRESCRIPCION Y ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS, LOS PROCEDIMIENTOS ANESTESICOS, ESTUDIOS DE LABORATORIO, GABINETE Y TRANSFUSIONES DE SANGRE Y SUS DERIVADOS QUE SEAN NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO DE MI PADECIMIENTO, EN EL ENTENDIDO DE QUE NO DESCONOZCO LOS RIESGOS A QUE ESTOY SUJETO POR LOS PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS, ANESTESICOS E HIPERSENSIBILIDAD A LOS MEDICAMENTOS.

MI MÉDICO ME HA MANIFESTADO QUE SE ESPERA TENER BUENOS RESULTADOS, PERO PUEDEN PRESENTARSE COMPLICACIONES INESPERADAS QUE NO SE PUEDEN ANTICIPAR NI GARANTIZAR LOS RESULTADOS DE LA CIRUGIA O CURA. EXPLICANDOME LAS COMPLICACIONES MAS PROBABLES, Y YO HE ENTENDIDO ESTAS. ASI COMO LAS MENOS PROBABLES LAS CUALES INCLUSO PUEDEN SER RARAS, PERO QUE PUEDEN OCURRIR.

ME HACE VER QUE DURANTE LA OPERACION, CONDICIONES IMPREDECIBLES PUEDEN REQUERIR PROCEDIMIENTOS ADICIONALES O DIFERENTES A LAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE, TAMBIEN HA CONTESTADO MIS PREGUNTAS SATISFACTORIAMENTE, POR LO QUE AUTORIZO Y SOLICITO SE LLEVEN A CABO.

ME EXPLICO QUE SE ME SOMETERA A UN PROCEDIMIENTO ANESTESICO PARA EVITAR EL DOLOR, EXPLICANDOME LOS BENEFICIOS, RIESGOS Y COMPLICACIONES; QUE SERA ADMINISTRADA POR UN MEDICO ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA DE LA UNIDAD, QUIEN ELIGIRA EL PROCEDIMIENTO MAS ADECUADO PARA MI CASO.

AUTORIZO AL HOSPITAL LA CONSERVACION DE TEJIDOS, PARTES U ORGANOS RESULTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS AUTORIZADOS ANTERIORMENTE; PARA PROPOSITOS CIENTIFICOS, DE ENSEÑANZA U OTRA DISPOSICION. ASI TAMBIEN AUTORIZO EL ESTUDIO POST MORTEM EN CASO DE QUE SEA NECESARIO.

TAMBIEN CONSIENTO LA TOMA DE FOTOGRAFIAS, PELICULA, TELEVISION O AYUDAS AUDIOVOSUALES EN EL CURSO DE MI TRATAMIENTO, PARA PROPOSITOS DE CONOCIMIENTO UTILIZADO EN LA ENSEÑANZA, LECTURA Y/O PUBLICACIONES ANONIMAS DE TIPO MEDICO.

Paciente

Persona legalmente

responsable

Admisión Hospitalaria

Nombre y Firma

Testigo 1

Nombre y Firma

Testigo 2

Nombre y Firma

Av. México Xochimilco No. 289, Col. Arenal de Guadalupe, Del. Tlalpan, C.P. 14389. Tel: 59 99 10 00